

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 148

De la résection de la tête fémorale
dans la
LUXATION CONGÉNITALE de la HANCHE
compiquée de douleurs ou d'attitudes vicieuses.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 6 Décembre 1922

PAR

Vladislav STÉVANOVITCH

né à GLOJANI (Serbie) le 15 Novembre 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
45, Quai Gailleton, 45
Téléphone 63-56

1922

DE LA RÉSECTION DE LA TÊTE FÉMORALE
DANS LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE
COMPLIQUÉE DE DOULEURS
OU D'ATTITUDES VICIEUSES.

UNIVERSITE DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE - N° 148

De la résection de la tête fémorale

dans la

LUXATION CONGENITALE de la HANCHE

compliquée de douleurs ou d'attitudes vicieuses.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

SECTION de MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 6 Décembre 1922

PAR

Vladislav STÉVANOVITCH

né à GLOJANI (Serbie) le 15 Novembre 1897.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TESSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	BARD
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	N-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOHEL
Matière médicale et Botanique	X
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	VILLARD
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	Etienne MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un	cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL.
—	Urologie	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (L.)	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE	NOEL chargé
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	des fonctions
CADE	DUROUX	CORDIER	
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. NOVÉ-JOSSERAND, *Président*; M. LAROYENNE, *Assesseur*;

MM. COTTE et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MES FRÈRES ET SŒUR

A MA FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR NOVE-JOSSERAND

*Professeur de la Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie
à la Faculté de Médecine de Lyon
Chevalier de la Légion d'honneur*

A MES JUGES

A MES AMIS

DE LA RÉSECTION DE LA TÊTE FÉMORALE
DANS LA
LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE
COMPLIQUÉE DE DOULEURS
OU D'ATTITUDES VICIEUSES.

AVANT-PROPOS

Avant de quitter la France et la Faculté de Médecine de Lyon où nous avons eu le bonheur de faire toutes nos études, pour aller dans notre patrie, nous tenons essentiellement à exprimer ici tous nos sentiments de reconnaissance à la noble et généreuse nation française qui a bien voulu nous accueillir dans son foyer pendant la grande guerre et nous donner les moyens de parfaire notre éducation scientifique. Nous pouvons dire que nous avons su profiter largement de ce rare privilège et de cette générosité bienveillante et que nous partons en emportant avec nous le meilleur de l'esprit français et de la science française dont nous sommes pénétrés et que nous saurons propager au loin. La science française n'aura qu'à y gagner.

Mais nous devons une reconnaissance particulière à notre honorable et cher Maître, M. le Professeur Nové-Josserand, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a reçu dans sa clinique avec toute son amabilité habituelle. Il a su nous attirer dans sa clinique par ses leçons magistrales hautement appréciées et nous intéresser particulièrement à la chirurgie orthopédique. Grâce à ses conseils instructifs et paternels, nous espérons pouvoir aborder la nouvelle carrière qui s'ouvre devant nous sans trop d'hésitations, la route épineuse étant à moitié défrichée.

Que M. le Professeur agrégé Laroyenne aussi, veuille bien recevoir ici toute notre reconnaissance de nous avoir aidé et guidé par ses conseils dans notre premier travail que nous n'avons pas abordé sans difficulté.

Nous remercions également tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon qui ont su, par leurs leçons scientifiquement attrayantes, nous faire aimer la médecine française, à laquelle nous nous sommes complètement attaché, et nous faciliter la tâche que nous nous sommes proposé d'accomplir dans des conditions un peu spéciales.

Nous ne devons pas moins toute notre reconnaissance à nos amis qui ont bien voulu nous aider dans notre travail et, en particulier à M. le Docteur Lucien Michel, ex-interne des Hôpitaux de Lyon, et assistant à la clinique de chirurgie infantile.

Nous prions donc tous nos maîtres de la Faculté et nos amis, de recevoir notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

La luxation congénitale de la hanche est certainement une malformation congénitale des plus fréquentes et communes. C'est une affection parfois redoutable et qui réduit très souvent les petits patients à des infirmités incompatibles avec l'exercice de la vie de relation et de fonctions essentielles. C'est pour cette juste raison qu'un nombre considérable de travaux ont été écrits à son sujet depuis les temps les plus reculés et notamment le siècle dernier. Les recherches patientes ont encore redoublé ces derniers temps, dans lequel les auteurs se sont efforcés de trouver une méthode opératoire suffisante par laquelle ils auraient pu enrayer au moins les principaux symptômes morbides de cette affection et, par là même, diminuer les souffrances des malades et leur permettre un meilleur espoir à la vie plus supportable. Le cadre de notre travail, de même que le but que nous nous proposons, ne nous permettent pas d'énumérer tous les travaux récents et anciens qui ont tous leur intérêt respectif et ont tous contribué, plus ou moins, à la prompt solution de la question.

Une des méthodes les plus usitées et restée classique

du traitement de la luxation congénitale de la hanche est, sans conteste, le traitement non sanglant par la réduction anatomique de la tête fémorale luxée (méthode de Lorenz). Ce traitement non sanglant réussit dans une forte proportion et dans la plupart des cas, mais à une seule condition : que le malade ne dépasse pas l'âge limite favorable à l'opération et, sur ce point tous les auteurs sont d'accord. L'âge limite d'après le plus grand nombre d'auteurs, varie de deux à six et même huit ans pour les luxations unilatérales, et de deux à six ans pour les luxations bilatérales, quoique certains auteurs réduisent dès l'âge de dix-huit mois (Denucé) et que d'autres aient signalé de bons résultats à l'âge de 14 ans (Kirmisson, *Revue d'Orthop.*, 1906), mais ces derniers sont des exceptions. Pour ce qui concerne les résultats dans le traitement non sanglant de la luxation congénitale et dans les limites d'âge ci-dessus indiquées, M. Nové-Josserand a eu 61 0/0 de bons résultats dix ans après l'opération, Frœlich 75 0/0 et Lorenz 52 0/0. Mais, malgré tous ces bons résultats du traitement non sanglant de la luxation congénitale, il est encore des cas qui n'ont pas été traités pour des raisons diverses et pour lesquels la question d'un traitement palliatif peut se poser.

Cette question devient particulièrement intéressante lorsque la luxation congénitale se complique au point d'occasionner une gêne fonctionnelle considérable et de rendre les malades de véritables infirmes.

Les deux principales complications sont les douleurs et les attitudes vicieuses.

Le symptôme douleur, comme complication de la luxation congénitale de la hanche, s'observe encore assez souvent pour qu'il mérite l'attention du clinicien, quoiqu'il ne rentre pas dans la symptomatologie ordinaire de cette affection. MM. Nové-Josserand et A. Rendu, dans leur mémoire (*Lyon Chirurg.*, 1909) nous ont donné quelques cas très intéressants à ce point de vue. Ces auteurs ont décrit d'une façon la plus précise les manifestations douloureuses dans la luxation congénitale de la hanche. Ils ont attiré l'attention particulièrement sur les douleurs survenant soit lors d'une marche prolongée, d'un faux pas, calmées par le repos plus ou moins long, soit spontanément, sans aucune cause bien précise et caractérisées par les « crises douloureuses ». Quelquefois elles sont dues aux causes banales telles que le changement de température, le froid ou la croissance. Ces douleurs sont localisées soit à la hanche, soit à la cuisse, soit au genou, soit enfin sur le membre tout entier, se manifestant sous forme d'engourdissement et de faiblesse. Ordinairement, elles n'ont aucune influence sur l'évolution de la luxation et paraissent être plus fréquentes dans les luxations unilatérales forme sus-cotyloïdienne. La fréquence et la persistance de ces douleurs, leur acuité et paroxysme réduisent les malades à une impotence considérable, de telle sorte que le traitement palliatif peut s'imposer surtout là où la transposition a échoué.

Les attitudes vicieuses sont la flexion, l'adduction et la rotation interne de membre luxé. Elles peuvent se présenter associées ou isolées et se combiner avec

les formes douloureuses. Il est bien compréhensible que dans tous ces cas, la gêne fonctionnelle absolue, c'est-à-dire poussée jusqu'à rendre la marche impossible, peut être une raison suffisante d'intervention palliative.

Dans les attitudes vicieuses, on peut observer l'adduction telle que les membres du malade se croisent, la ligne médiane du corps passe par la partie inférieure du fémur, les genoux regardant en dedans.

De nombreux traitements palliatifs ont été employés, depuis la ténotomie de J. Guérin jusqu'aux opérations les plus modernes.

Notre but n'est pas de les passer en revue ni de les comparer. Nous voulons seulement étudier un de ces traitements qui consiste dans l'ablation de la tête fémorale. Nous le faisons d'après neuf observations inédites provenant des services de MM. les Professeurs Nové-Josserand et Laroyenne et dont quelques-unes, remontant à près de vingt ans, permettent de se faire une idée du résultat éloigné de cette opération.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'ablation de la tête fémorale dans la luxation congénitale de la hanche a été faite, semble-t-il, pour la première fois par *Reyher*, mais nous n'avons pas beaucoup de détails sur les deux cas qu'il a publiés. Nous savons seulement qu'après avoir réséqué la tête, il a fait un avivement du cotyle, recherchant par conséquent la formation d'une néarthrose.

Margary rapporte l'observation de deux enfants chez qui il a pratiqué l'ablation de la tête fémorale, dans le but de diminuer la lordose, de réduire la saillie du grand trochanter et d'améliorer la marche qui était, dans les deux cas, disgracieuse. Le premier cas concerne un garçon de 11 ans, atteint d'une luxation congénitale de la hanche gauche, avec une boiterie très accentuée. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une fille de 13 ans atteinte d'une luxation congénitale de la hanche gauche, avec une boiterie également accentuée. L'opération fut faite par l'incision postérieure de *Langenbeck* et elle consista simplement à enlever la tête fémorale après l'avoir sectionnée à sa base. Le résultat fut constaté, dans le premier cas,

au bout de dix-huit mois, et dans le deuxième cas, au bout de dix mois. Il persistait une claudication assez marquée, mais celle-ci avait perdu le caractère spécial de la luxation congénitale et ressemblait plutôt à celle d'une hanche paralytique. La forme du corps était très améliorée, et Margary avait l'impression qu'il était en train de se reconstituer une néarthrose solide.

Les deux opérations ont été faites sans avivement du cotyle, dans l'idée que le col fémorale, par sa longueur, empêche la réduction et qu'en enlevant la tête on pourrait réduire ou refaire une hanche plus normale.

L'opération de Margary a été reproduite par divers auteurs et notamment à Lyon, par Mollière et Vincent.

Mollière rapporte également deux observations, la première concernant une jeune fille de 14 ans présentant une luxation congénitale bilatérale chez laquelle il a pratiqué la résection de la tête fémorale du côté où la malformation était plus marquée. Après avoir fait une incision de cinq centimètres sur la saillie de la tête fémorale déplacée et parallèlement aux fibres du fessier, il a sectionné le col du fémur avec des ciseaux de Liston et enlevé avec les pinces la tête fémorale, sans la luxer préalablement. Il avive la surface du bassin dans le point où devrait être la cavité cotyloïde et, par une douce traction il amène le col fémorale décapité sur cette surface avivée.

La deuxième observation se rapporte à une jeune fille de 12 ans, qui présentait une luxation bilatérale avec douleurs inflammatoires au niveau de la néar-

throse, qui l'ont décidée à l'opération. Dans les trois cas, il a constaté des bons résultats avec une grande solidité de la hanche, de sorte que l'ascension du grand trochanter n'est plus reproduite.

Mollière préconise comme indications de cette opération, l'inflammation de la néarthrose et l'isolement de la tête fémorale dans les parties molles, sans contact avec le bassin.

Rosenfeld, en 1890, en a rassemblé vingt-sept observations, dix-sept fois pour la luxation unilatérale et sept fois pour la luxation bilatérale. On manque de renseignements sur trois cas. De l'examen de ces observations, il a tiré les conclusions suivantes : les résultats laissent beaucoup à désirer au point de vue de la marche ; sur les sept luxations bilatérales, trois marchaient difficilement avec des tutours, et les quatre autres plus facilement, mais cependant seulement avec une canne. Le glissement du fémur contre le bassin, pendant la marche, persiste encore chez les trois cas examinés. La saillie des trochanters n'a pas été effacée.

Les résultats ont été un peu meilleurs dans les luxations unilatérales. Dans un seul cas, le malade peut marcher toute la journée sans souffrir, deux peuvent marcher bien jusqu'à une heure et demie, cinq montrent une amélioration de la marche, deux doivent porter un tuteur et six boitent encore et marchent même moins bien qu'avant l'opération.

Sur sept cas, le glissement du fémur contre le bas-

sin avait presque disparu dans quatre cas et persiste dans trois. La lordose a été presque toujours améliorée. D'après cela il faut réserver la résection aux cas où la luxation se complique de coxalgie.

Ces vingt-sept cas comprennent tous ceux qui ont été publiés jusqu'à cette date par Reyher, Margary et Mollière.

Hoffa a décrit ensuite, sous le nom d'opération de la pseudarthrose, une intervention à peu près semblable dont le temps principal est cependant l'avivement de la surface du bassin qui correspond au fémur et la recherche d'une néarthrose.

Paradies rapporte douze observations de l'opération que Hoffa a pratiquée lui-même, utilisant sa méthode de pseudarthrose. D'après Paradies, Hoffa commence son opération par une incision, partant d'un demi-centimètre du bord antéro-supérieur du trochanter et la conduit six centimètres en bas. Après avoir entaillé et écarté les muscles, le tenseur du fascia lata tendu et épaissi d'un côté et le moyen fessier de l'autre, il pénètre entre les deux muscles jusqu'à la capsule articulaire. La face antérieure de celle-ci se présente à l'opérateur par une manœuvre de rotation externe de la cuisse ; on la fend suivant la direction du col fémoral, par un bistouri boutonné jusqu'au pourtour cotyloïdien antérieur. Une autre incision perpendiculaire à la première est faite sur la capsule. Le ligament rond, s'il existe, est enlevé dans la profondeur de son insertion cotyloïdienne

par la pince de Museux. La tête fémorale est luxée hors de la plaie par flexion et forte rotation externe et on la sépare, ainsi que le col, du trochanter à l'aide de la scie. La plaie large du grand trochanter, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, est avivée par un grattage avec la curette tranchante. Ensuite, la face postérieure de la capsule articulaire est fendue sur toute la largeur vers le milieu du cotyle et détachée du bassin, le périoste dense du cotyle rudimentaire détruit à la rugine, de sorte qu'aucune partie molle ne puisse s'interposer entre la surface iliaque avivée et la plaie du grand trochanter également avivée. Les deux surfaces osseuses ainsi cruantées et modelées sont mises en contact l'une contre l'autre avec un soin particulier afin que le rapport soit parfait. La plaie étant temponée à la gaze stérilisée, le membre est mis en abduction et légère rotation externe maintenues par un bandage plâtré allant de la poitrine jusqu'aux chevilles. Au bout de trois semaines on commence par un léger massage et la faradisation des muscles abducteurs. Les malades peuvent quitter l'hôpital cinq semaines après l'opération, avec un corset de soutien pour le trochanter. Il faut respecter l'abduction légère que présentent les membres opérés pour ne pas nuire à la nouvelle néarthrose et ne faire que des manœuvres douces et prolongées pour ramener les membres à leur position normale, on fait aussi la rééducation de la marche et de la station.

En parcourant les douze observations de Hoffa que Paradies rapporte, on s'aperçoit que, dans un cas con-

cernant une jeune fille de 19 ans atteinte de luxation bilatérale, chez laquelle il a pratiqué deux opérations successives de pseudarthrose à deux mois d'intervalle, il a eu, au bout de sept mois et demi un bon résultat. L'articulation est mobile en tous sens, l'adduction atteint 65°, la boiterie est à peine visible, la marche facile et sans balancement.

La deuxième opération a trait à une malade de 17 ans, luxée bilatérale, opérée également en deux temps, qui se lève au bout d'un mois après la deuxième opération, avec une articulation mobile, avec tous les mouvements passifs, flexion à l'angle droit, léger trouble de la marche en canard. Dans un seul cas se rapportant à une fille de 17 ans luxée bilatérale, on a été obligé de recourir à l'ostéotomie oblique d'un côté, par suite d'une récurrence d'adduction et de flexion du membre, malgré tous les moyens mécaniques.

Paradies dit être d'accord avec Lorenz et Hoffa pour recommander l'opération de la pseudarthrose dans tous les cas où on se trouve en présence des luxations bilatérales dépassant l'âge de 10 ans et présentant un fort raccourcissement des parties molles.

Paradies résumant les résultats des dernières observations de Hoffa arrive à la conclusion, qu'il faut tenir grand compte des bons résultats constatés par Hoffa, surtout en ce qui concerne la lordose et l'adduction. En effet, à propos de l'adduction, Paradies s'exprime ainsi : « Comme la difformité porte presque toujours sur des femmes, la possibilité de l'ab-

duction justifie déjà à elle seule l'opération puisque l'adduction permanente, à un certain degré, empêche le coït et l'accouchement. »

Les autres mouvements sont également libres, la flexion est, dans un grand nombre de cas, normale. La marche est, en générale, énormément améliorée de même que sa durée est augmentée.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale bilatérale. Déviation de la hanche droite en adduction et rotation interne entraînant une déformation secondaire importante du tronc. Ablation de la tête fémorale et avivement du bassin à 13 ans, Bon résultat vingt ans après.

Jeanne B..., 13 ans.

22 Janvier 1902. — Luxation congénitale bilatérale. A gauche, c'est une luxation iliaque qui ne présente rien d'anormal. A droite, il s'agit également d'une luxation iliaque, mais le membre est dévié en adduction et rotation interne, de sorte que la ligne médiane du corps passe sur le tiers inférieur de la cuisse et que la rotule regarde en dedans sous un angle de 45°. L'enfant ne souffre pas, mais l'attitude vicieuse de son membre droit entraîne une rotation du bassin dont l'épine iliaque antéro-supérieure se porte en avant et a pour conséquence une déformation du corps tout entier, c'est pour corriger cette attitude vicieuse que l'on intervient.

24 janvier 1902. — Intervention suivant la technique de l'opération de la pseudarthrose de Lorenz : incision oblique externe partant de l'épine iliaque antéro-supérieure entre le tenseur du fascia lata et le moyen fessier, ouverture cruci-

forme de la capsule, luxation de la tête par flexion-abduction-rotation externe, résection de la base du col. Ensuite incision postérieure de la capsule, dénudement de l'os iliaque sur une étendue d'une pièce de cinq francs. Excision du tissu s'interposant entre le trochanter et l'os iliaque. Immobilisation en traction continue avec léger degré d'abduction et rotation interne.

1^{er} Février 1902. — Enlèvement des mèches immobilisation dans un appareil plâtré prenant tout le membre inférieur.

5 Mars 1902. — Changement de l'appareil, plâtre aux genoux.

RÉSULTAT ÉLOIGNÉ

12 Mars 1912. — La malade a 23 ans. Elle marche assez bien et la claudication n'est pas plus apparente du côté opéré que de l'autre côté. Au point de vue de la force, il n'y a pas de différence sensible entre les deux membres. La malade peut se tenir sur la jambe droite aussi aisément que sur la jambe gauche et le signe de Trendelenburg est égal des deux côtés. La mobilité de la hanche est complète sauf l'abduction qui est un peu limitée. L'attitude vicieuse qui a nécessité l'intervention est complètement disparue.

8 Octobre 1922. — La malade nous écrit qu'elle est mariée et qu'elle a un enfant de 6 ans bien portant. Elle boite légèrement, mais sous l'influence de la fatigue la boiterie augmente un peu et elle ressent quelques douleurs dans la jambe. La capacité de la marche est de 1 à 2 heures.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale de la hanche gauche. Douleurs entraînant un trouble fonctionnel considérable. Déviation en adduction. Après échec de la transposition non sanglante. Ablation de la tête fémorale sans avivement du bassin. Bon résultat vingt ans après.

Carmen D..., 13 ans.

12 Janvier 1903. — Luxation congénitale de la hanche

gauche non traitée. Depuis plusieurs années elle ressent sous l'influence de la fatigue des douleurs vagues dans tout le membre. Il y a un mois et demi, les douleurs ont augmenté et la marche est devenue plus difficile. L'examen montre une luxation congénitale de la hanche gauche. Le trochanter est à 6 cm. au-dessus de la ligne Nélaton, la tête se trouve dans la fosse iliaque externe, raccourcissement 5 cm. Le membre est dévié en adduction telle que la ligne médiane du corps passe au milieu du genou. Après un mois de repos, la douleur a disparu, le membre a repris une attitude à peu près correcte. On laisse l'enfant marcher, mais la marche est toujours très pénible, la douleur apparaît aussitôt.

25 *Février* 1903. — On fait une tentative de réduction sans pouvoir ramener la tête dans une position antérieure. On pratique alors l'ablation de la tête fémorale. Intervention : incision oblique externe, ouverture de la capsule par sa face antérieure très épaissie (1 cm.), luxation de la tête et résection à la base du col (le ligament rond est absent et la tête est très déformée en cône).

6 *Août* 1903. — Le plâtre a été enlevé au bout de 40 jours, l'enfant garde le lit en traction continue. Le raccourcissement est de 4 cm., les mouvements de la hanche sont relativement libres.

26 *Décembre*. — L'enfant marche et peut faire jusqu'à 3 km. La flexion atteint 90° et l'abduction la moitié de son étendue normale. On commence les exercices forcés d'abduction.

25 *Juin* 1904. — La marche est possible une heure de suite sans canne, la claudication peu prononcée malgré un raccourcissement de 7 cm. La hanche est solide.

15 *Octobre* 1904. — Etat stationnaire.

RÉSULTAT ÉLOIGNÉ

11 *Octobre* 1922. — La malade a 32 ans, elle est mariée depuis onze ans et a trois enfants tous bien portants. Elle marche bien avec une légère boiterie qui ne ressemble pas aux déhanchements de la luxation, mais plutôt à la clau-

dication occasionnée par un raccourcissement du membre. Elle peut faire des marches de deux à trois heures, elle ne souffre que très légèrement et seulement quand elle est fatiguée. Le membre opéré a un raccourcissement de 5 cm., il est en bonne attitude. Tous les mouvements de la hanche ont leur amplitude normale, il n'y a pas de laxité exagérée. La hanche est assez solide pour que la malade puisse soulever facilement son membre quand elle est couchée et se tenir debout en se portant exclusivement sur la jambe opérée. Elle accuse seulement un peu de difficultés pour faire l'adduction active de la cuisse.

OBSERVATION III

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale de la hanche gauche. Douleurs occasionnant une impotence accentuée. Après échec de la transposition non sanglante, ablation de la tête fémorale sans avivement du bassin. Résultat au bout de dix-huit mois. Disparition des douleurs. Bon état fonctionnel, mais tendance à l'attitude vicieuse en adduction et rotation interne.

Mélanie B., 12 ans 1/2.

21 Février 1921. — Luxation congénitale de la hanche gauche non traitée. La tête est dans la fosse iliaque externe. Raccourcissement de 5 cm. Pas d'attitude vicieuse. Depuis un mois la malade souffre et quand elle a marché de dix à quinze minutes, elle est obligée de s'arrêter.

25 Février 1921. — On fait une tentative de réduction, mais la tête ne peut pas se mobiliser.

21 Mars 1921. — On intervient avec l'idée de faire une réduction sanglante ou arthrodèse : incision en tabatière, section du trochanter, ouverture de la capsule par son bord supérieur. La tête est déformée en cône, il n'y a pas de rétrécissement de la capsule en sablier, mais la partie infé-

rière de la capsule est tendue et fait obstacle à la réduction. On fait cependant une tentative pour réduire par la manœuvre d'abduction, mais le col se fracture. On enlève alors la tête, on régularise le moignon et on le réduit dans le cotyle. Le trochanter est revenu en place et le membre est immobilisé dans un plâtre en abduction.

24 Décembre 1921. — Ablation du plâtre. Raideur assez accentuée. Raccourcissement de 6 cm. Marche assez bonne avec légère rotation interne.

22 Décembre 1921. — Marche depuis trois mois. Ankylose presque complète en abduction à 35° et rotation interne à 35°. Il n'en subsiste que de très légers mouvements de flexion. Raccourcissement 6 cm. Genou valgum et recurvatum légers. Atrophie musculaire prononcée. Amélioration fonctionnelle notable. Marches importantes sans douleurs, boiterie très légère. Radiographie : extrémité supérieure du fémur enfoncée dans la partie supérieure du cotyle, la corticale de sa face interne se continuant jusqu'au contact de l'os iliaque, la partie externe et supérieure au contraire étant floue et séparée de l'os iliaque par un espace clair. Il semble donc qu'il y ait soudure osseuse entre l'extrémité supérieure du fémur décapité et l'os iliaque.

Actuellement, 18 Octobre 1922, la malade marche facilement et elle ne souffre pas, mais on a l'impression que la jambe se raccourcit et qu'elle se met en rotation interne. La capacité de marche est d'environ 3/4 d'heure, le membre est en rectitude et légère rotation interne, la rotule regardant en dedans sous un angle de 25° à 30° par rapport à l'axe antéro-postérieur. Le raccourcissement est de 5 cm. La hanche est mobile, mais seulement à une très faible étendue. La flexion a seulement une amplitude de 4° à 5°, l'adduction très limitée, l'abduction nulle. Les mouvements de rotation sont très peu étendus, mais l'enfant marche avec une boiterie peu accentuée qui ressemble plutôt à la boiterie par raccourcissement. Elle porte son membre en légère adduction et rotation interne de sorte que les genoux viennent frotter l'un contre l'autre et que ce mouvement s'exagère quand elle est fatiguée.

OBSERVATION IV

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale des deux hanches. Déviation de la hanche gauche en flexion, adduction et forte rotation interne occasionnant un trouble fonctionnel important. Après échec de la transposition non sanglante, ablation de la tête fémorale gauche sans avivement du bassin. Résultat au bout de treize ans.

Marie F., 13 ans.

27 Novembre 1909. — Luxation congénitale de deux hanches non traitées. Depuis trois mois, l'état fonctionnel, qui était jusqu'alors assez bon, s'est aggravé. L'enfant n'a pas ressenti la douleur, mais son membre inférieur gauche s'est mis en position vicieuse de flexion et d'adduction légère et de rotation interne assez forte. La marche est rendue très difficile par cette attitude vicieuse. A l'examen on trouve, à droite, une luxation complète et iliaque ; à gauche, au contraire, il paraît y avoir une simple subluxation. Le trochanter est au-dessous de l'épine iliaque, la tête est dans la partie externe de la région inguinale. Les mouvements du côté droit sont normaux, sauf limitation de l'abduction. A gauche, les mouvements sont plus limités et la flexion ne peut pas atteindre l'angle droit.

1^{er} Décembre 1909. — Sous l'anesthésie, on corrige l'attitude vicieuse de la hanche gauche, mais il n'est pas possible de modifier la position de la tête. On se décide alors de faire l'ablation de la tête fémorale dans la pensée qu'on pourra ainsi rétablir une situation plus égale entre les deux hanches et améliorer l'état fonctionnel.

6 Décembre 1909. — L'articulation est ouverte par l'incision antéro-externe de Lorenz et la tête, très ramollie, est enlevée à la cisaille.

18 Mai 1911. — La malade marche depuis le mois de juillet 1910. La marche a été gênée au début par une raideur très accentuée qui s'est dissipée lentement. Actuellement, la flexion va jusqu'à l'angle droit et il y a un léger

mouvement d'abduction et d'adduction. La hanche gauche est en légère abduction et rotation externe. Le membre gauche est plus long d'un 1/2 cm. La malade peut soulever son membre facilement, elle marche sans canne et supporte la marche pendant un quart d'heure. La boiterie est un peu plus accentuée à droite qu'à gauche. Il y a en somme une amélioration fonctionnelle très considérable puisque avant l'opération la malade ne pouvait presque pas marcher.

10 Octobre 1922. — Cette malade nous écrit qu'elle conserve une boiterie assez accentuée et qu'elle ne souffre pas, et qu'elle peut supporter la marche pendant une heure. Les mouvements de la hanche opérée sont moins étendus que de celle du côté opposé.

OBSERVATION V

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale des deux hanches. Douleurs, attitude vicieuse en flexion, adduction et rotation interne surtout accentuée à gauche. Après échec de la transposition non sanglante, ablation de la tête fémorale gauche sans avivement du bassin. Disparition de la douleur et de l'attitude vicieuse, mais la consolidation de la hanche reste imparfaite. Un an plus tard on fait l'avivement du col et du bassin. Résultat satisfaisant datant de six mois.

Bénédicte M..., 9 ans.

11 Mai 1921. — Luxation congénitale bilatérale non traitée. La malade n'avait rien présenté de particulier jusqu'à l'année dernière; à ce moment elle a eu une crise douloureuse aiguë qui l'a obligée de rester au lit huit jours. Elle s'est remise, mais depuis six mois elle souffre, les membres inférieurs se sont mis en attitude vicieuse et la marche est devenue presque impossible. A l'examen, on constate une ensellure accentuée, une déviation très prononcée du mem-

bre inférieur gauche en flexion, adduction et rotation interne à un degré tel que l'axe du corps passe sur le milieu de la cuisse. Debout, l'enfant repose sur son membre inférieur droit, le membre gauche est croisé au-devant du premier et l'attitude ressemble à celle de certaines maladies de Little. L'enfant ne peut marcher qu'en portant sa jambe droite en avant et en ramenant l'autre jusqu'au contact de la première. Les deux hanches sont luxées très en arrière, dans la fosse iliaque externe.

20 Mai 1921. — On fait des deux côtés une tentative de réduction qui échoue.

3 Juin 1921. — On pratique du côté gauche l'ablation de la tête fémorale par l'incision antéro-externe de Lorenz.

29 Octobre 1921. — Elle quitte le service avec un plâtre de marche.

9 Mai 1922. — L'enfant est sans appareil depuis le mois de janvier. L'attitude vicieuse de sa jambe est corrigée, mais la consolidation de la hanche est restée insuffisante. L'enfant ne peut pas marcher qu'appuyée sur deux cannes. La hanche cependant n'est pas très relâchée, la flexion ne dépasse pas l'angle droit, l'adduction est très limitée, l'abduction impossible. La radiographie montre que le moignon du col correspond au néocotyle et qu'il paraît bien s'articuler avec lui.

15 Mars 1922. — On tente de consolider cette hanche par une arthrodèse. La hanche est découverte par l'incision en tabatière, les os sont séparés par les tissus épais et recouverts des cartilages. On les avive, on excise le tissu fibreux et on arrive ainsi à coapter deux surfaces de la grandeur d'une pièce de 5 francs, mais pour les mettre en rapport on est obligé de mettre les membres en rotation interne légère, puis on prend une greffe péronière longue de 7 cm. et on l'introduit à travers du col et le toit du cotyle.

12 Octobre 1922. — L'enfant a porté jusqu'à présent un plâtre de marche. Le membre est en bonne attitude, sauf la rotation interne. La flexion se fait jusqu'à 160°, l'abduction

et l'adduction sont très réduites, la hanche paraît solide. L'enfant soulève facilement le talon. Le raccourcissement est de 1 cm.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale des deux hanches. Attitude vicieuse en flexion et rotation interne plus accentuée à gauche. Douleurs à la hanche droite. Très grande gêne fonctionnelle. Ablation de la tête fémorale gauche sans avivement du bassin. Guérison opératoire. Pas de résultat éloigné.

Marthe B..., 10 ans.

16 Décembre 1909. — Luxation congénitale double non traitée. Depuis deux ans la claudication s'est accentuée et, depuis un an, l'enfant souffre particulièrement à droite. La douleur et l'impotence sont allées en augmentant au point que la marche est presque impossible. L'examen montre une luxation de deux hanches de variété iliaque plus accentuée à gauche où il y a un raccourcissement de 1 cm. 1/2. Des deux côtés les cuisses sont légèrement fléchies sur le bassin et en rotation interne. Les mouvements de flexion sont limités à l'angle droit, l'abduction est limitée, l'adduction exagérée.

Lorsque l'enfant est debout, elle repose uniquement sur son membre droit qui se tient en légère adduction. Le membre gauche se met en adduction et flexion plus accentuée et la marche est rendue très difficile par entrecroisement des genoux.

26 Décembre 1909. — Ablation de la tête fémorale du côté gauche par l'incision antéro-externe de Lorenz. Après avoir ouvert la capsule qui est très épaissie, on sectionne la tête à sa base, on l'enlève très facilement. La tête enlevée est très déformée, allongée et aplatie à sa face interne. A

ce niveau le cartilage est très aminci, réduit à un mince vernis cartilagineux recouvrant le tissu spongieux. Le membre est immobilisé en gouttière avec une extension continue, la guérison opératoire est complète le 26 février 1910.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Professeur NOVÉ-JOSSERAND)

Luxation congénitale bilatérale douloureuse surtout du côté gauche. Essai de transposition. Résection de la tête fémorale.

Marie-Louise R..., 9 ans 1/2.

17 Avril 1909. — Claudication datant dès premiers pas. Douleurs apparues depuis quatre mois plus fortes à gauche, imposant le repos après un quart d'heure de marche. De deux côtés, tête dans la fosse iliaque externe. Limitation de l'abduction à droite, de tous les mouvements à gauche. Pas de différence de longueur.

19 Avril 1909. — Tentative de transposition à gauche au cours de laquelle s'est produite une fracture parcellaire de la tête. Pas d'immobilisation.

3 Mai 1909. — Intervention (hauche gauche) : incision externe, ouverture de la face antérieure de la capsule, résection du col. Immobilisation plâtrée.

7 Octobre 1909. — Ablation du plâtre. Plaie cicatrisée, attitude correcte.

29 Janvier 1910. — L'enfant marche depuis un mois. Attitude du membre gauche assez correcte, raccourcissement de 1 cm. 1/2, néarthrose mobile, la boiterie est presque moins accentuée à gauche qu'à droite.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Professeur agrégé LAROYENNE)

Luxation congénitale double de la hanche. Claudication typique avec douleurs persistantes et intermittentes de deux côtés, prédominant du côté droit. Gêne fonctionnelle considérable. Ablation économique de la tête fémorale du côté droit. Guérison des douleurs. Amélioration de la marche.

Marie C..., 32 ans.

13 Septembre 1920. — Luxation congénitale de deux hanches. Les troubles de la marche ont été remarqués dès les premiers pas. Il n'y avait pas de douleurs jusqu'à l'âge de 22 ans. A partir de cet âge ont apparu des douleurs intermittentes localisées au niveau de la hanche gauche. Elles duraient un mois, étaient bien calmées par le repos.

Depuis quatre ans, elle ne souffre plus du côté gauche. C'est seulement depuis 1918 que se sont manifestées des douleurs du côté droit occupant la fesse ; la face postérieure de la cuisse, le genou. Elles rendent la marche très difficile, sont particulièrement vives le soir après la fatigue. Un mois de repos complet au lit a atténué la douleur qui a réapparu néanmoins au bout d'une quinzaine de jours.

A l'examen : démarche typique de luxation congénitale double, ensellure lombaire marquée. Aucune asymétrie apparente. Les trochanters remontent et sont distants de 13 cm. à gauche et 14 cm. à droite de l'épine iliaque antéro-supérieure. On provoque une douleur vive à la pression sur le grand trochanter droit.

La radiographie montre une luxation bilatérale plus élevée du côté gauche. A droite, au niveau du néocotyle, formation osseuse anormale, l'une sus-jacente, l'autre sous-jacente à la tête fémorale. Rien au niveau de la dernière lombaire.

25 Septembre 1920. — Intervention par incision antéro-externe. Décapitation de la calotte de la tête fémorale. On enlève à la pince gouge quelques débris osseux dont cer-

tains sont peut-être des néoproductions. Un point sur la capsule, suture cutanée, traction.

22 Novembre 1920. — La malade quitte le service avec un spica plâtré.

16 Décembre 1920. — On enlève le plâtre. La marche est satisfaisante.

12 Septembre 1921. — La malade n'éprouve aucune modification de la statisque ni démarche. Les douleurs ont complètement disparu.

19 Octobre 1922. — La malade est très satisfaite du résultat. Elle ne souffre plus, boite beaucoup moins qu'avant l'opération probablement par suite de la disparition de la douleur.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Professeur agrégé LAROYENNE)

Luxation congénitale double de la hanche devenue douloureuse et compliquée d'attitude vicieuse du côté gauche. Décapitation économique de la tête fémorale de ce côté. Disparition des phénomènes douloureux, mais diminution de la stabilité du côté opéré qui a motivé ultérieurement une ostéotomie sous-trochantérienne à buttée pelvienne.

Louise L..., 19 ans.

3 Septembre 1921. — Luxation congénitale double de la hanche devenue douloureuse du côté gauche.

La malade vient pour des douleurs dans la hanche gauche. Luxation congénitale de deux hanches, opérée à l'âge de 2 ans 1/2 avec résultat imparfait. Déviation de la hanche gauche en adduction avec limitation accentuée de tous les mouvements. Régée à 13 ans, régulièrement. Depuis l'âge de 14 ans, elle éprouve dans la hanche gauche des douleurs

assez vives après la marche ou la station debout prolongée. Ces douleurs sont calmées par la station assise, le décubitus. La malade revient consulter M. Nové-Josserand le 4 juillet ; celui-ci conseille le repos prolongé au lit ou sur une chaise longue. Intervention le 15 septembre (M. Laroyenne) sous l'anesthésie générale à l'éther. Résection de la tête fémorale au ciseau par une incision antérieure descendant de l'épine iliaque antéro-supérieure et atteignant la capsule à travers le premier interstice musculaire qu'on rencontre à ce niveau. La portion de la tête réséquée est limitée à la calotte de cette tête. La capsule et les muscles ne sont pas refermés, on place simplement un petit drain à l'extrémité inférieure de l'incision entre les muscles et on suture la peau complètement. Au cours de l'opération, on a sectionné un vaisseau transversal, probablement une branche circonflexe. Mise en traction continue débutant à 1 kg.

3 *Novembre* 1921. — La traction a été progressivement portée jusqu'à 4 kgr. La cicatrisation de la plaie opératoire a été rapide. On met aujourd'hui à la malade un plâtre roulé de coxalgie, descendant jusqu'au genou et maintenant le membre en abduction.

1^{er} *Décembre* 1921. — La malade s'en va avec son plâtre fait il y a un mois.

15 *Mars* 1922. — La malade revient dans le service. On enlève le plâtre.

10 *Juillet* 1922. — Examen clinique de la malade. La malade marche en s'appuyant surtout sur sa hanche droite : elle relève la hanche gauche et la porte en adduction de façon à lui faire prendre avec le sol un minimum de contact.

La mobilité de la hanche gauche est plus grande que celle de la hanche droite, elle aurait augmenté depuis la résection économique de la tête au dépens, semble-t-il, de sa solidité. La hanche gauche n'est plus douloureuse, mais elle ne travaille plus autant. La hanche droite, autrefois indolente et moins utilisée, qui depuis la résection est devenue le principal appui, tend depuis ce moment à devenir à son tour douloureuse.

Cet état a motivé une nouvelle opération du côté gauche. Ostéotomie sous-trochantérienne à buttée pelvienne, dont le résultat, que nous ne voulons pas analyser ici, a été une amélioration.

CHAPITRE III

Etude critique des cas publiés.

Nous n'avons pas l'intention de chercher à démontrer que l'ablation de la tête fémorale est le traitement de choix des luxations invétérées. Nous rappelons que cette opération a été envisagée à ce point de vue par Margary, par Hoffa, qui cherchaient par ce moyen à diminuer la claudication et améliorer l'état fonctionnel. L'expérience a montré que les faits ne répondent pas aux espérances qu'ils avaient formé. Pour nous, l'ablation de la tête fémorale n'est pas un traitement systématique des luxations anciennes. Elle s'adresse seulement à quelques cas particuliers dans lesquels la douleur et l'attitude vicieuse ou l'une de ces deux complications occasionnent un trouble fonctionnel important. Même envisagé à ce point de vue, ce mode de traitement n'est pas le seul dont nous disposons. La transposition non sanglante de la tête fémorale et l'ostéotomie sous-trochantérienne permettent également de combattre ces complications. Il y aura lieu un jour de comparer les résultats

de ces opérations avec ceux de la résection pour déterminer lequel doit être choisi de préférence. Pour le moment, nous voulons nous borner à exposer les résultats qui ont été obtenus par l'ablation de la tête fémorale en faisant remarquer que chez presque tous nos malades, cette opération n'a été pratiquée qu'après l'échec de la réduction non sanglante.

En envisageant les choses à ce point de vue, il paraît ressortir de nos observations : 1° Que le but thérapeutique, c'est-à-dire la disparition définitive de la douleur et de l'attitude vicieuse, a été obtenu d'une façon à peu près constante ; 2° Que l'état fonctionnel de nos malades est assez satisfaisant.

Nous voyons en effet que trois de nos malades ont été opérés pour des douleurs (observations III, VII et VIII), deux ont été opérées pour l'attitude vicieuse (observations I et IV), et quatre ont été opérées pour des déviations compliquées de phénomènes douloureux (observations II, V, VI et IX). Dans les trois cas opérés pour *douleurs*, nous avons constaté dans l'observation III, au bout de dix-huit mois, la disparition des douleurs et un état fonctionnel assez bon. De même, dans les observations VII et VIII, les malades, deux ans plus tard, ne souffrent plus et marchent plus facilement qu'avant l'opération.

Dans notre observation I, la *déviatio*n en adduction et rotation interne, qui entraînait une déformation secondaire importante du tronc, est restée corrigée vingt ans après. Dans l'observation IV, nous n'avons pas pu revoir la malade pour nous rendre compte de l'attitude exacte de son membre, mais les renseigne-

ments qu'elle nous a envoyés sont assez satisfaisants, puisque, malgré une boiterie assez accentuée, elle ne souffre pas et peut faire des marches de une heure. Si on se rappelle qu'au moment de l'opération, la malade ne pouvait plus marcher, ce résultat peut sembler satisfaisant.

Enfin, si nous prenons les cas où il y avait *en même temps la douleur et l'attitude vicieuse* (observations II, V, VI et IX) nous voyons que, dans l'observation II le résultat a été toujours satisfaisant vingt ans plus tard aussi bien au point de vue de la douleur que de l'attitude vicieuse. Dans l'observation V, la douleur et l'attitude vicieuse ont été également corrigées, mais il a été nécessaire de consolider la hanche par une opération ultérieure. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Dans l'observation VI, nous n'avons pas pu avoir le résultat éloigné. Dans l'observation IX la douleur a également disparu et l'attitude vicieuse, mais, de même que dans l'observation V, il a fallu consolider la hanche par une opération complémentaire.

Ces faits permettront donc de dire que l'ablation de la tête fémorale est susceptible de faire disparaître d'une façon définitive la douleur et l'attitude vicieuse.

Le second point à considérer est *l'état fonctionnel de nos malades*. On pouvait craindre a priori que l'ablation de la tête fémorale entraîne une diminution appréciable de la force du membre et une exagération de la boiterie. Les faits rapportés par Rosenfeld sont à ce point de vue peu encourageants puisque sur les

sept luxations bilatérales, trois devaient porter des tuteurs, et les quatre autres ne pouvaient marcher qu'avec une canne, et dans les luxations unilatérales, la moitié des malades marchait moins bien qu'avant l'opération. Les faits rapportés par Paradies sont plus favorables. Ils sont évidemment insuffisants pour faire poser l'indication de cette opération comme une règle applicable à tous les cas, mais ils constituent une amélioration sérieuse pour les malades qui, par le fait de douleur ou d'attitude vicieuse, arrivent à un état d'impotence presque complet. Nos observations confirment cette impression favorable. Nous voyons que 2 de nos malades opérées depuis 20 ans ont pu se marier, que l'une a 3 enfants, l'autre 1, et qu'elles peuvent vaquer à leur occupation comme des sujets presque normaux. Dans les autres cas, plus récents, le résultat fonctionnel a été également assez bon, la boiterie n'est sensiblement plus accentuée que de l'autre côté lorsque la luxation est bilatérale; le membre est seulement un peu plus faible. Dans les luxations unilatérales la boiterie est vraiment peu importante.

Nous attribuons ces bons résultats au fait que la résection a été faite par les parties postérieure et inférieure de la capsule, c'est-à-dire en laissant ainsi persister les ligaments qui assurent la solidité de l'articulation. Il est compréhensible que dans ces conditions la suppression de la tête fémorale ne change pas grand chose à la statique articulaire.

Deux de nos malades (Obs. V et IX) ont eu cependant, après l'ablation de la tête fémorale, un état

fonctionnel peu satisfaisant en rapport avec un défaut de solidité de l'articulation. Ainsi notre malade de l'observation V, dix mois après l'opération, ne pouvait marcher qu'avec 2 cannes et était incapable de soulever le talon. La radiographie montrait cependant que le moignon du col était bien resté en rapport avec le néocotyle et que le fémur, par conséquent, n'avait pas glissé en haut. L'opération secondaire a permis de déterminer la cause probable de cette insuffisance de consolidation. En effet, quand on a réouvert la hanche, on a trouvé les os recouverts de cartilages et séparés par une couche épaisse de tissus fibreux. L'ablation de ces tissus, l'avivement des os a permis de rendre à cette hanche sa solidité. La greffe qui s'est résorbée très vite ne paraît pas avoir joué un rôle important dans cette consolidation. Ce fait montre que, quand on pratique l'ablation de la tête fémorale, il est préférable aussi d'aviver le cotyle pour obtenir une articulation plus serrée comme l'ont fait déjà Reyher et Hoffa. Dans notre observation IX, il est probable que les choses se sont passées de même, mais nous n'avons pas eu la démonstration anatomique, parce que la hanche a été consolidée par un autre moyen, l'ostéotomie sous-trochantérienne, avec un appui pelvien. Nous pouvons donc conclure, que l'ablation de la tête fémorale dans la luxation congénitale de la hanche n'occasionne pas une aggravation importante de la boiterie et qu'elle peut donner un état fonctionnel très satisfaisant, si l'on a soin de faire cette opération par la voie antérieure et en avivant simultanément le cotyle.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous ne voulons pas discuter ici les indications réciproques de l'ablation de la tête fémorale et des autres opérations palliatives employées dans la luxation congénitale de la hanche, parce que nous n'avons pas encore des documents suffisamment complets sur les résultats de la transposition non sanglante et de l'ostéotomie. Nous voudrions cependant dire, pour quelle raison on a été amené à faire l'ablation de la tête fémorale plutôt qu'une autre intervention, chez les malades dont nous venons de rapporter l'histoire.

Pour discuter cette question, il faut chercher à se faire une idée de la pathogénie des accidents que nous avons à traiter : attitude vicieuse et douleur. Quelle est la cause de la douleur qui complique la luxation congénitale de la hanche ? Il est bien sûr aujourd'hui qu'il ne s'agit pas d'une arthrite surajoutée. On sait que la tuberculose complique très rarement la luxation congénitale de la hanche et d'ailleurs les constatations faites au cours de nos opérations ont toujours montré une articulation saine. Dans un seul cas on a trouvé le cartilage d'encroûtement de la tête aminci et modifié dans sa couleur comme dans les arthrites déformantes juvéniles. On ne peut donc faire que deux hypothèses pour expliquer la douleur. Ou bien celle-ci est due au tiraillement des ligaments pendant la marche, la tête fémorale n'étant pas fixée, ou bien elle est due au contact anormale de la tête contre le bassin qui détermine peut-être dans la tête des altérations pouvant avoir quelques rapports avec l'arthrite sèche. Le fait que dans les luxations

bilatérales inégales c'est généralement la hanche qui est restée en luxation antérieure, avec appui osseux, qui devient plus souvent douloureuse, donne à penser que la douleur est probablement due au contact osseux et non pas à la distension des ligaments. Dans ces conditions, l'ablation de la tête fémorale serait donc l'opération la plus logique.

Il en est de même pour les attitudes vicieuses. Celles-ci ne sont pas dues à des contractures réflexes comme dans des arthrites. Nous venons de voir, en effet, qu'il n'y a pas d'arthrite et d'ailleurs deux de nos malades ont fait des attitudes vicieuses sans avoir eu des douleurs. La déviation de la hanche paraît donc être plutôt un phénomène d'adaptation. A mesure que l'enfant grandit, la luxation tend à devenir plus postérieure. On peut supposer que, dans certains cas, la disposition de la capsule ou la forme de la tête oblige le membre à se mettre dans une attitude vicieuse qui pourra augmenter progressivement jusqu'à ce que la migration soit terminée. Dans cette hypothèse, l'ablation de la tête fémorale serait aussi le moyen le plus logique de corriger l'attitude vicieuse, car elle s'adresse à la cause même de la déformation. L'ostéotomie sous-trochantérienne semble a priori moins favorable, parce que si elle est faite chez les sujets jeunes, avant que la tête fémorale ait pris sa situation définitive, on peut craindre une récidue.

CONCLUSIONS

— — — — —

I. — L'ablation de la tête fémorale est susceptible de faire disparaître d'une façon durable les douleurs et les attitudes vicieuses qui compliquent parfois la luxation congénitale de la hanche chez l'adolescent et chez l'adulte.

II. — Cette intervention doit se faire par la voie antérieure, en respectant le plus possible la capsule articulaire, et elle doit être complétée par l'avivement du cotyle.

III. — Pratiquée dans ces conditions, elle donne des résultats fonctionnels suffisamment bons pour qu'il soit permis de lui faire une place dans le traitement palliatif des luxations congénitales anciennes compliquées de douleurs ou d'attitudes vicieuses.

IV. — Les indications ne pourront être précisées qu'après une étude comparative des résultats des autres opérations palliatives, la transposition non sanglante et l'ostéotomie sous-trochantérienne avec ou sans appui pelvien.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
NOVÉ-JOSSERAND.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 16 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

REYHER. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1884.

MARGARY. — *Congrès international de Copenhague*, 1884.

MOLLIÈRE. — *Bulletin du Lyon Médical*, 1887.

ROSENFELD. — *Munchener Medecinische Wochenschrift*,
1890.

HOFFA. — *Lehrbuch der Orthopädische Chirurgie*.

PARADIES. — *Zeitschrift für Orthopedische Chirurgie*, 1896.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos.....	9
Introduction.....	11
Chapitre I. — Historique.....	15
Chapitre II. — Observations	22
Chapitre III. — Etude critique des cas publiés..	36
Conclusions.....	43
Bibliographie.....	45
